



ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ต่อความรู้ และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ฐิติพันธ์ จันทพันธ์*, ศิริินภา สิริโชติรุ่งโรจน์*, วัทัญญ์ สุตะวงศ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อความรู้ และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเข้ารับบริการที่ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ในการทดลองคือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลร่วมกันและการตัดสินใจ ร่วมกัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต และแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัด ทดแทนไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบพิชเชอร์ และการวิเคราะห์ความ แปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลัง ได้รับโปรแกรมฯ ทันทีอยู่ในระดับปานกลางและหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 2) ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยส่วนใหญ่เลือกการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และส่งเสริมการ ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้คำปรึกษาในคลินิกโรคไตได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษา การตัดสินใจร่วมกัน การบำบัดทดแทนไต โรคไตเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ การกึ่งด้านการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี การกึ่งด้านการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย

** Corresponding author; email: Katob11@hotmail.com



The effect of a counseling program on knowledge and decision-making regarding renal replacement therapy in patients with chronic kidney disease (stage 4-5) at Maesai hospital, Chiangrai province

Thitiphan Chanphan*, Sirinapa Sirichotrungrot*, Wathanyu Sutawong**

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a counseling program on knowledge and decision-making regarding renal replacement therapy among patients before and after receiving the program. The sample consisted of 30 patients with stage 4–5 chronic kidney disease who had not yet received renal replacement therapy and were attending a nephrology clinic at Mae Sai Hospital, Chiang Rai Province. Participants were selected using purposive sampling. The intervention was a counseling program developed based on the concepts of shared care and shared decision-making. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a knowledge test on chronic kidney disease and renal replacement therapy, and a decision-making questionnaire regarding renal replacement therapy options. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, and one-way repeated measures ANOVA.

The results revealed that: 1) after receiving the counseling program, the mean knowledge scores immediately and at 1-month follow-up were at a moderate level and significantly higher than those before the intervention ($p < .001$); and 2) the proportion of patients who made decisions regarding renal replacement therapy significantly increased ($p < .05$), with most patients choosing hemodialysis. In conclusion, the counseling program was effective in improving knowledge and promoting decision-making regarding renal replacement therapy among patients with stage 4–5 chronic kidney disease. The program can be applied as a guideline for improving counseling services in nephrology clinics.

Keywords: Counseling Program, Shared Decision Making, Renal Replacement Therapy (RRT), Chronic Kidney Disease (CKD)

* Registered Nurse, Professional Level, Specialized Medical Care Nursing Division, Nursing Mission, Mae Sai Hospital

** Registered Nurse, Anesthesia Nursing Department, Nursing Mission, Mae Sai Hospital

** Corresponding author; email: Katob11@hotmail.com

Received 13 February 2026; Revised 22 May 2026; Accepted 13 July 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) กลายเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกและสมาพันธ์โรคไตสากล¹ พบว่าอุบัติการณ์และความชุกของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่ภาวะไตเสื่อมในที่สุด² สถานการณ์นี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยด้วยเช่นกัน จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี และมีจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) ในระยะสุดท้ายของโรคสูงถึงหลายแสนราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาระทางการเงินของครอบครัว และงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ ด้วยเหตุนี้การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) หรือการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) จึงเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การตัดสินใจดังกล่าวมีความซับซ้อนอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องพิจารณาปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านการแพทย์ สังคม เศรษฐกิจ และความปรารถนาของผู้ป่วยเอง³ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมักขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ซึ่งอาจนำไปสู่ความวิตกกังวล ความสับสน และการตัดสินใจที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม⁴ ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้จึงจำเป็นต้องใช้แนวทางการดูแลสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวคิดการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making: SDM) ของ Elwyn et al⁵ ซึ่งเสนอว่าการตัดสินใจทางการแพทย์ที่ดีที่สุดควรเกิดจากกระบวนการสื่อสารที่มีคุณภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและสามารถสะท้อนความต้องการ ค่านิยม และเป้าหมายของตนเอง เพื่อร่วมกำหนดแผนการรักษาพร้อมกับทีมผู้รักษามีประสิทธิภาพ แนวคิดนี้จึงเป็นกรอบคิดที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีข้อมูลที่เพียงพอและมั่นใจ

การศึกษาจากต่างประเทศได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตและแนวทางการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเข้าใจง่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ⁶⁻⁷ และการใช้เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ (Patient Decision Aid) สามารถเพิ่มความเข้าใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้⁸ รวมไปถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้เร็วขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการรักษามากขึ้น⁹

สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) จำนวนมากประสบปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยหลายรายเลือกที่จะรักษาแบบประคับประคองต่อไป แม้ว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะแสดงให้เห็นถึงภาวะไตที่เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง จนเมื่ออาการทรุดหนักและเข้าสู่ภาวะวิกฤต จึงต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉิน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นการฟอกเลือดผ่านสายสวนที่คอ (Temporary Dialysis Catheter) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าและมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการเตรียมการล่วงหน้า^{2, 10-11} ความล่าช้าในการตัดสินใจไม่ได้เกิดจากความไม่เต็มใจของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีสาเหตุมาจากความไม่พร้อมทางด้านจิตใจ ความรู้ที่ไม่เพียงพอ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา หรือการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนที่เหมาะสม ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมตัวอย่างทันท่วงที ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างที่สำคัญในการให้คำปรึกษาและการเตรียมพร้อมผู้ป่วยอย่างชัดเจน

จากปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตโดยขาดการสนับสนุนและคำแนะนำที่ถูกต้องนั้นไม่เพียงแต่จะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางการรักษาของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเพิ่มภาระให้แก่ระบบสาธารณสุขโดยรวมอีกด้วย¹¹⁻¹² การเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญและยังก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากต่อผู้ป่วยและครอบครัว^{6, 10-11} การวิจัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ออกแบบบนพื้นฐานของแนวคิดการดูแลร่วมกัน (Shared Care) ของซีเบิร์น¹³ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลและมั่นใจ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ต่อความรู้และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตระยะ 4-5 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยใช้แนวคิดการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making: SDM) ของ Elwyn et al⁵ และแนวคิดการดูแลร่วมกัน (shared care) ของซีเบิร์น¹³ ที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการวางแผนเป้าหมาย และการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาไว้ล่วงหน้า (Advance Care Planning) นำไปสู่เป้าหมายการรักษาที่วางไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามบริบทเฉพาะโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทันที และ 1 เดือน
2. ศึกษาผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลร่วมกัน (Shared Care) ของซีเบิร์น¹³ ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจัดการโรคเรื้อรัง โดยมี 3 องค์ประกอบหลักคือ การสื่อสาร (Communication) การตัดสินใจ (Decision-making) และความสัมพันธ์เชิงร่วมมือ (Reciprocity) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเอง และแนวคิดการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making: SDM) ของ Elwyn et al⁵ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ

1. การสนทนาเป็นทีม (Team Talk) เป็นการสนทนาสื่อสารเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงการทางเลือก และเป้าหมายของตนเอง
2. การสนทนาทางเลือก (Option Talk) เป็นการสนทนาสื่อสารให้ความรู้ ข้อเสนอ และทางเลือกที่หลากหลาย การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย โดยใช้หลักการสื่อสารความเสี่ยง
3. การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (Decision Talk) สะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบต่างๆ ของการตัดสินใจเลือกแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ โดยอ้างอิงจากประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ



โปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ

4-5 ใช้แนวทางการดูแลร่วมกัน (Shared Care) ของซีเบิร์น¹³

และแนวทางการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making:

SDM) ของ Elwyn et al⁵ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสภาพปัญหา ความรู้ ความต้องการ

และผลลัพธ์ทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 3 ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผลภายหลังให้คำปรึกษาในวันที่

1 และครบ 1 เดือน

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและ
การบำบัดทดแทนไต

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัด
ทดแทนไต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Test, Post-Test Design) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ในคลินิกโรคไต (CKD Clinic) โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยวัดผล 3 ครั้งคือ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทันที และ 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ที่เข้ารับการรักษาใน CKD Clinic โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต รับการรักษาที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568

เกณฑ์ในการคัดเลือก มีดังนี้

1. ผู้ป่วยรายใหม่ มีอัตราการกรองไตน้อยกว่าร้อยละ 30
2. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ



เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาตรวจเพื่อติดตามอาการ ตามนัดทุก 1-2 เดือนได้
2. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางความรู้สึกลึกซึ้ง หรือเจ็บป่วยทางจิต

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยใช้โปรแกรม G*Power เล็ก Difference between two dependent means (Matched pair) เล็กการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า กำลังทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยใช้ VDO ความรู้เรื่องโรคไตและวิธีบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565¹¹

1.2. แผ่นพับและแผนการสอนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและวิธีการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำขึ้นจากคู่มือการให้คำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย¹¹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดัดแปลงและปรับปรุงมาจากแบบวัดความรู้โรคไตวายเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565¹¹ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิรักษา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นแบบทดสอบความรู้แบบตัวเลือก ถูก ผิด กำหนดการให้คะแนนดังนี้ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมความรู้เท่ากับ 0-10 คะแนน โดยผู้วิจัยกำหนด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวัดผลของ Bloom (Bloom's Taxonomy) ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแนวทางของศิริชัย กาญจนวาสี¹⁵ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับน้อย 0-5 คะแนน
2. ระดับปานกลาง 6-7 คะแนน



3. ระดับมาก 8-10 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นแบบตรวจสอบรายการ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำ VDO แผนการสอน แผ่นพับ โปรแกรมการให้ปรึกษา แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรมโรคไต 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการล้างไตทางช่องท้อง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการจัดการผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ความถูกต้องชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปทดลองใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาได้ค่าดัชนีความ สอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของ VDO แผนการสอน แผ่นพับ โปรแกรมการให้ปรึกษา และแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เท่ากับ 1.0 ทุกเครื่องมือ

2. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงพบว่าแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.90

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รหัสรับรอง คือ CRPPHO REC No.001/2568 วันที่ได้รับการรับรอง 7 กุมภาพันธ์ 2568 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือสิทธิในการรับบริการ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในแบบแสดงความยินยอมก่อนการเก็บข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้รับการปกปิดเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อบุคคล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย



การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethics Committee: EC) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลแม่สาย เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต และแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการศึกษา รายละเอียด 1 เดือน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ตกผลงบริการ ขอความยินยอมและเริ่มให้คำปรึกษา หรือให้ความรู้ ใช้เวลา 5 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินสภาพปัญหา ความรู้ ความต้องการและผลลัพธ์ทางคลินิกทั้งร่างกายและจิตใจ ใช้เวลา 10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลโดยเน้นการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของของซี เบิร์น¹³ และการตัดสินใจร่วมตามแนวคิดของ Elwyn et al⁵ ใช้เวลา 40-60 นาที

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการให้คำปรึกษาและนัดติดตามบริการ ใช้เวลา 5 นาที

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผลภายหลังให้คำปรึกษาในวันที่ 1 และติดตามประเมินซ้ำเมื่อครบ 1 เดือน

หลังจากนั้นจะได้ผลของการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต นำมาวิเคราะห์และรายงานผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาทันที และ 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (Repeated Measures One Way ANOVA) และเปรียบเทียบอัตราการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยสถิติทดสอบ ฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ต่อความรู้และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

โดยผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบของตาราง ประกอบคำบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ของโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ราย พบว่าเป็นผู้ชาย 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ผู้หญิง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 70 การศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 76.7 รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.6 ผู้ป่วยทุกรายใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง และมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน มากที่สุด จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.9

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ของโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ราย ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาทันทีและ 1 เดือน (n=30)

ตัวแปร	ก่อน		หลังทันที		หลัง 1 เดือน	
	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต	1.93 (0.72)	น้อย	7.00 (1.43)	ปานกลาง	5.63 (1.11)	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต 1.93 คะแนน (S.D.=0.72) อยู่ในระดับ น้อย หลังจากให้โปรแกรมฯ ทันที มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 7.00 คะแนน (S.D.=1.43) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากให้โปรแกรมฯ 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 5.63 คะแนน (S.D.=1.11) อยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทันทีและ 1 เดือน (n=30)

ตัวแปร	ก่อน	หลัง ทันที	หลัง 1 เดือน	F	*p-value
	Mean	Mean	Mean		
	(S.D.)	(S.D.)	(S.D.)		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการ บำบัดทดแทนไต	1.93 (0.72)	7.00 (1.43)	5.63 (1.11)	1915.54	< .001

* สถิติ Repeated Measures One Way ANOVA

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันระหว่างช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ส่วนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

หลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาทันที ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต มากที่สุดจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.3 และเลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มากที่สุด จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมา คือ การล้างไตทางหน้าท้องและการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 เท่ากัน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และชนิดของการบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยวัดผลหลังได้รับโปรแกรมทันที

ตัวแปร	ก่อน	หลังทันที	χ ²	*p-value
	(n=30)	(n=30)		
	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
การตัดสินใจเลือก				
เลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	19 (63.3)	25 (85.3)	7.15	0.028
ไม่บำบัดทดแทนไต	1 (3.4)	3 (10.0)		
ยังไม่แน่ใจ	10 (33.3)	2 (4.7)		
ชนิดของวิธีบำบัดทดแทนไต				
การล้างไตทางช่องท้อง	7 (23.3)	3 (10.0)	2.35	0.503
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	18 (70.0)	23 (76.7)		
การผ่าตัดเปลี่ยนไต	1 (0.1)	1 (3.3)		
การรักษาแบบประคับประคอง	4 (6.6)	3 (10.0)		

*สถิติ Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่า เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และชนิดของการบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษา พบว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาทันที ผู้ป่วยมีการยอมรับและเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

โปรแกรมการให้คำปรึกษาสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต รวมถึงช่วยส่งเสริมการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45-59 ปี ซึ่งคือวัยทำงานตอนปลาย มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รายได้จำกัด และมีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ลักษณะดังกล่าวสะท้อนถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทโรงพยาบาลในระดับอำเภอ ซึ่งมีประสบการณ์จำกัดด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทดังกล่าว จึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจรักษาเหมือนกับแนวทางขององค์กรไม่



แสวงหากำไรของสหรัฐอเมริกา ที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อป้องกัน ควบคุม และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต (National Kidney Foundation: NKF)² โปรแกรมการให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต

ผลการศึกษาด้านความรู้พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ของผู้ป่วยหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทันทีเพิ่มขึ้นและเมื่อประเมินซ้ำหลัง 1 เดือน คะแนนความรู้จะลดลงเล็กน้อย แต่ยังคงสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การให้ความรู้โดยพยาบาลที่มีการสื่อสาร (Communication) ที่เพียงพอตามแนวทางการดูแลร่วมกัน (Shared Care) ของซีเบิร์น¹³ อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านสื่อการให้ความรู้คือ VDO และแผ่นพับ และการสนทนาทางเลือก (Option Talk) โดยเป็นการสนทนาสื่อสารให้ความรู้ ข้อเสนอแนะทางเลือกที่หลากหลาย การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย โดยใช้หลักการสื่อสารความเสี่ยง ตามแนวทางการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making: SDM) ของ Elwyn et al⁵ สามารถเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและทางเลือกการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การลดลงของคะแนนความรู้ในระยะติดตามยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดระบบการให้ความรู้ซ้ำ หรือการติดตามเสริมความรู้เป็นระยะ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเซนและคณะที่บอกว่าการจัดการโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลต่อเนื่องมากกว่าการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al¹⁶ และ Finkelstein et al¹⁷ ที่พบว่าการให้ความรู้ก่อนการบำบัดทดแทนไตสามารถเพิ่มความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและทางเลือกการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tamura et al¹⁸ ที่รายงานว่า การใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจช่วยเพิ่มความรู้และความพร้อมในการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

ในด้านการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่แน่ใจลดลงอย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบช่วยลดความกลัว ความไม่เข้าใจ และความลังเลของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะเมื่อพยาบาลทำหน้าที่อธิบายข้อดี ข้อจำกัด และผลกระทบของแต่ละวิธีการรักษาอย่างเป็นกลางและเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการตัดสินใจร่วม (Shared Decision-Making) ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย³ เมื่อพิจารณาชนิดของการบำบัดทดแทนไตพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยและบริบทโรงพยาบาลแม่สาย ซึ่งมีความพร้อมด้านหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าวิธีอื่น



รวมถึงความคุ้นเคยและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อวิธีดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การที่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนเลือกการรักษาแบบประคับประคอง สะท้อนถึงความหลากหลายของคุณค่า เป้าหมายชีวิต และบริบททางสังคมของผู้ป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มากกว่าการชี้นำไปสู่ทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งซึ่งตรงกับแนวความคิดของ O'Connor et al¹⁹ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong et al⁷, Shin et al¹² และการศึกษาของวิภา จันทวัน และคณะ²⁰ ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการตัดสินใจร่วมสามารถเพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้อย่างมีนัยสำคัญ และลดความไม่แน่ใจของผู้ป่วยลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Jong et al⁴ ที่รายงานว่ากระบวนการ Shared Decision-Making ช่วยเพิ่มความพร้อมในการตัดสินใจและความพึงพอใจต่อทางเลือกการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

โดยสรุป โปรแกรมการให้คำปรึกษาในคลินิก CKD โรงพยาบาลแม่สาย มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และสนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4-5 ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดว่า การให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบโดยทีมสุขภาพสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง^{16,21-22} ส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกัน และเพิ่มความเหมาะสมของการเลือกแนวทางการรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ในคลินิก CKD อย่างต่อเนื่อง
2. ควรจัดให้มีการทบทวนหรือเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อคงระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต
3. ควรส่งเสริมบทบาทพยาบาลไตเทียมในการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยตามบริบทและคุณค่าเฉพาะบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในระยะยาว เช่น วัดความรู้ซ้ำทุก 6 เดือน เป็นต้น และในบริบทที่หลากหลาย เช่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมและขยายผลการนำไปใช้



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic kidney disease [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/kidney-disease>
2. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy [Internet]. New York: National Kidney Foundation; 2020. Available from: https://www.kidney.org/professionals/guidelines/guidelines_commentaries
3. Son YJ, Han J, Kim EY. Shared decision making in choosing dialysis modalities for patients with chronic kidney disease: An evolutionary concept analysis. Nurs Health Sci. 2025;27(2):e70099. doi: 10.1111/nhs.70099
4. Jong ED, Boereboom FT, van der Steeg R, van Ittersum FJ, van der Veer SN, van den Heuvel RM. Shared decision-making in chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant. 2020;35(2):269–78. doi: 10.1093/ndt/gfz169
5. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. BMJ. 2017;359:j4891. doi: 10.1136/bmj.j4891
6. Manns BJ, Tonelli M, Culleton BF. The economic implications of patient choice of renal replacement therapy. Clin J Am Soc Nephrol. 2019;14(8):1205–12.
7. Wong SP, Tonelli M, Culleton BF. The impact of a shared decision-making program on dialysis choice and health outcomes. Kidney Int Rep. 2016;1(3):183–90.
8. KDIGO. Clinical practice guideline on the evaluation and management of candidates for kidney transplantation [Internet]. 2021. Available from: <https://kdigo.org/guidelines/transplant-candidate/>
9. Lee SH, Park JH, Kim JH, Jung HY, Lee SJ. The effect of family support on the choice of renal replacement therapy in end-stage renal disease patients. J Clin Nurs. 2017;26(11–12):1634–42.
10. Department of Medical Services. Clinical practice guideline for chronic kidney disease. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
11. Ministry of Public Health. Situation report of chronic kidney disease in Thailand. Non-Communicable Diseases Division, Department of Disease Control; 2022. (in Thai)



12. Shin HS, Park BH, Rim H. Shared decision-making intervention regarding dialysis modality in patients with CKD stage 5. *Nephrol Dial Transplant*. 2024;39(Suppl1):gfae069.941.
13. Sebern MD. Shared care: A concept analysis. *Nurs Outlook*. 2005;53(4):173–83.
14. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Kanjanawasee S. *Classical test theory*. 8th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2023. (in Thai)
16. Chen J, Mullins CD, Novak P, Thomas SB. Personalized strategies for chronic disease management: Shared care approaches. *Patient Educ Couns*. 2021;104(6):1354–61.
17. Finkelstein FO, Story K, Firanek C, Barre P, Takano T, Soroka S, et al. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. *Kidney Int*. 2012;82(11):1178–84. doi: 10.1038/ki.2008.376
18. Tamura MK, O'Hare AM, Luthra R. Informing patient choice: A randomized trial of a patient decision aid for dialysis treatment. *Am J Kidney Dis*. 2014;63(5):773–82.
19. O'Connor AM, Elwyn G, Stacey D. Shared decision making in patients with chronic kidney disease: a framework for clinical practice. *Nephrol Nurs J*. 2022;49(2):157–65.
20. Chanthawan W, Kongpan W, Pomthong A. Relationship between knowledge, social support, and decision-making for renal replacement therapy in chronic kidney disease patients. *J Nurs Educ*. 2018;11(3):56–69. (in Thai)
21. Ramasamy A, Goh ZS, Chan CM. Shared care interventions for patients with chronic illness: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2022;78(5):1256–68.
22. Wong SPY, McFarland LV, Liu CF, Laundry RJ, Hebert PL, O'Hare AM. Care practices for patients with advanced CKD: a shared care perspective. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2023;18(4):567–75.